

**DATOS DEL COLEGIADO (A)**

\*Nombre: \_\_\_\_\_

\*Primer Apellido: \_\_\_\_\_ \*Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_ \*Código de Colegiado: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

\*Correo electrónico 1: \_\_\_\_\_

\*Correo electrónico 2: \_\_\_\_\_

\*Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Habitación: \_\_\_\_\_

\*Idiomas o Dialectos: SI ( ) NO ( ) \*Cuál(es) \_\_\_\_\_

\*Lesco: SI ( ) NO ( )

Dirección: \*Provincia: \_\_\_\_\_ \*Cantón: \_\_\_\_\_

\*Distrito: \_\_\_\_\_ (Con señas) \_\_\_\_\_

**DATOS LABORALES**

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Área o departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono / ext.: \_\_\_\_\_

Dirección exacta: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO (Familiar o conocido)**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Beneficiario: Si ☐ No ☐ Porcentaje: \_\_\_\_%

**ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS:** SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Nombre completo	N° de cédula	Porcentaje	Parentesco	Teléfono

Observaciones:

En caso de ser menor de edad, indicar el nombre y teléfono de la persona que retira: \_\_\_\_\_

**\*ÁREAS DE TRABAJO DEL COLEGIADO (A)**

Según el Código de Ética y Deontológico del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica en su artículo 23 indica: *"La o el profesional en psicología deberá evitar el uso de métodos, técnicas y/o instrumentos no propios de la ciencia psicológica dentro de su ejercicio profesional (...)."*

**ÁREAS DE INTERÉS DE CAPACITACIÓN**

En concordancia con la Ley No. 8968 de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales del 7 de Julio de 2011, sírvase marcar la casilla si se encuentra de acuerdo, en que se publique su información de contacto en el sitio web del Colegio, para consulta de posibles usuarios.

(\*) Las casillas marcadas con asterisco serán las publicadas.

Si estoy de acuerdo. ☐

☐

No estoy de acuerdo.

Firma del Colegiado (a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_